

Fragebogen Frau

Datum:

Name:

Geb. Datum:

Alter:

Gewicht:

Größe:

1. Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?
2. Was haben Sie bisher dagegen getan?
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Antibiotika, Cortison, Homöopathie/Komplexmittel, spezielle Tees etc.?
4. Wodurch wurden Ihre Beschwerden ausgelöst? (Beginn der Menses, Psychische Ursachen wie Trauma, Schock, Ärger, Erregung, Schwangerschaft, Geburt, Beginn oder Absetzen der Pille, Wechseljahre, Operation, Impfung etc.)
5. Leben Sie in einer Partnerschaft?
6. Ist Ihr Blutdruck im Normbereich?
7. Konnten Sie schon einmal eine Reaktion auf eine Impfung beobachten?
8. Wie äußerte sich diese?
9. Haben Sie Amalgamfüllungen, seit wann und wie viele?

10. Falls entfernt, haben Sie eine Ausleitung gemacht, eine Entgiftung durchgeführt?

### Pubertät, Periode, PMS

11. In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

12. Hatten Sie Menstruationskrämpfe? Wenn ja, regelmäßig oder nur ab und zu?

13. Wie lange dauerten die Krämpfe?

14. Was besserte die Symptome?

15. Hatten Sie als Jugendlicher noch andere Beschwerden wie Akne, andere Hautprobleme, Asthma, Depressionen, Gewichtsprobleme, Magersucht, etc.?

16. In welchem Alter hatten Sie den ersten sexuellen Kontakt?

17. Hatten Sie danach irgendwelche Beschwerden?

18. Wie viele Tage hat Ihr durchschnittlicher Zyklus?

19. Haben Sie ab und zu Schmierblutungen?

20. Wie lange anhaltend, regelmäßig?

21. Sind Ihre Zyklen regelmäßig? In welchem Abstand?

22. Leiden Sie unter extrem starken Regelblutungen?

23. Menstruationskrämpfen?

24. Kopfschmerzen, Migräne?

25. Verspannungen?

26. Schwindelgefühle?

27. Leiden Sie unter Endometriose (tagelange Regelkrämpfe)

### Hormone und Verhütung

28. Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Hormone ein und wenn ja, seit wann?

29. Welche Hormone haben Sie im Laufe Ihres Lebens bisher eingenommen? (bitte berücksichtigen Sie u.a. auch Insulin, Cortison, Schilddrüsenhormone und Muskelaufbaupräparate)

30. Waren Sie schon einmal wegen Ihrer Schilddrüse beim Arzt?

31. Welche Diagnose wurde gestellt?

32. Bitte geben Sie, wenn möglich, die Hormontestwerte von T3, T4 und TSH an
33. Welche Verhütungsmethode wenden Sie zur Zeit an?
34. Nehmen Sie die Pille und wenn ja, seit wann?
35. Gab es durch die Pilleneinnahme irgendwelche Veränderungen, Beschwerden, die Sie an sich beobachtet haben?
36. Haben oder hatten Sie schon einmal eine Spirale, wenn ja, wie lange?
37. Hormon beschichtete Spirale?
38. Implantierte Hormonstäbchen?
39. Hormonring in der Vagina?
40. Hatten Sie danach irgendwelche Beschwerden?
41. Über welche möglichen Nebenwirkungen klärte mich mein Arzt bei meiner gewählten Empfängnisregelung auf?

### **Kinder, Schwangerschaft, Geburt**

42. Wie viele Kinder haben Sie geboren?
43. Wie alt sind Ihre Kinder?
44. In welchem Alter haben Sie Ihre Kinder bekommen?
45. War es problemlos schwanger zu werden?
46. Wurde die Geburt eingeleitet?
47. Probleme in der Schwangerschaft?
48. Welcher Art waren Ihre Probleme? Übelkeit, Ängste, Wasseransammlungen, sonstige?
49. Hatten Sie Probleme nach der Geburt? Wochenbett-Depression etc. Wenn ja, wie lange?
50. Wie lange haben Sie Ihr(e) Kind(er) gestillt?
51. Gab es Probleme beim Stillen?
52. Hatten Sie schon mal eine Fehlgeburt? Wenn ja, in welcher Woche? Wie alt waren Sie?
53. Hatten Sie schon einmal eine Abtreibung?

## Unerfüllter Kinderwunsch

54. Seit wann besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch?
55. Welche Untersuchungen wurden bisher gemacht?
55. Welche Medikamente, Therapien und Eingriffe wurden bei Ihnen vorgenommen?
56. Haben Sie regelmäßig Temperatur gemessen und auch Buch darüber geführt?
57. Ist Ihre Schilddrüse schon einmal untersucht worden?
58. Wurde bei Ihrem Mann ein Spermatetest gemacht? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
59. Kennen Sie die Bedeutung von natürlichem Progesteron für die Schwangerschaft?

## Prämenopause - Wechseljahre

60. Haben Sie noch einen regelmäßigen Zyklus?
61. Wie sieht es mit Hitzewallungen aus?
62. Starkes Schwitzen?
63. Depressive Verstimmungen?
64. Ungeduld und Gereiztheit?
65. Schlafstörungen?
66. Häufiger Harndrang, auch nachts?
67. In welchem Alter waren Sie, als Sie bemerkten, dass Ihre Zyklen kürzer wurden?
68. Mit wie viel Jahren blieb Ihre Regel zum ersten Mal ganz aus?
69. Hat Ihr sexuelles Verlangen nachgelassen?
70. Gibt es Tage, an denen Sie mehr Lust haben als an anderen Tagen?
71. z.B. erste oder zweite Zyklushälfte?
72. Leiden Sie unter trockener Scheidenschleimhaut?
73. Haben Sie in letzter Zeit einen Zervixabstrich (Krebstest) machen lassen? Wie waren die Werte?
74. Wie oft waren Sie bei einer Mammographie?
75. Wurde bei Ihnen schon einmal ein Myom festgestellt?

76. Zysten?

77. Haben Sie noch Ihre Gebärmutter? Eierstöcke?

### **Umwelt**

78. Haben Sie regelmäßig mit Desinfektionsmitteln, Sprays, Schädlings-vernichtungsmitteln, Reinigungskemikalien, Klebstoffen, Lacken etc. zu tun?

### **Nehmen Sie regelmäßig Vitalstoffe/Nahrungsergänzungen ein?**

79. Mineralstoffkomplexe

80. Vitaminkomplexe

81. Omega 3

82. Coenzym Q10

83. Einzelne Vitaminpräparate (nur Vit. C., nur Vit. E u.a.)

84. Einzelpräparate Mineralstoffe (nur Magnesium, nur Calcium)

85. Gar nichts